



11101

Téléphone : 418 644-4200
1 800 463-4856
Télécopieur : 418 646-1313
adm.collectif@lacapitale.com

- Interruption temporaire de travail
 Retour au travail

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION

1 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N°	RUE	APP.
VILLE			CODE POSTAL
TÉLÉPHONE (RÉSIDENT)		TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	

2 - CESSATION DE DÉDUCTION

Cochez la raison	Date du début du congé ou de l'événement (année-mois-jour)	Date du retour au travail (année-mois-jour)
<input type="checkbox"/> Assurance traitement	_____	_____
<input type="checkbox"/> Retraite pour invalidité	_____	_____
<input type="checkbox"/> Retraite	_____	_____
<input type="checkbox"/> Démission	_____	_____
<input type="checkbox"/> Congédiement	_____	_____
<input type="checkbox"/> Révocation (2 ans d'invalidité)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Décès	_____	_____
<input type="checkbox"/> * Mise à pied temporaire	_____	_____
<input type="checkbox"/> * Suspension	_____	_____
<input type="checkbox"/> ** Congé sans solde	_____	_____
<input type="checkbox"/> ** Congé sans solde à la suite d'un congé parental	_____	_____
<input type="checkbox"/> * Congédiement contesté par grief	_____	_____
<input type="checkbox"/> * Fin d'emploi (occasionnel(le) admissible à l'assurance)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____	_____	_____

* La personne adhérente peut maintenir l'ensemble des garanties, sauf l'assurance traitement.

** La personne adhérente peut maintenir l'ensemble des garanties.

3 - DÉCLARATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Je déclare par la présente que je désire :

- Conserver les garanties de mon assurance collective
 Annuler toutes les garanties de mon assurance collective sauf le régime obligatoire d'assurance maladie qui inclut l'assurance médicaments

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20 ____.

Signature

Note : À défaut de cocher l'une des cases de cette section ou de signer le présent formulaire, la personne adhérente verra toutes ses garanties facultatives suspendues à la date du départ. Pour remettre ses garanties en vigueur, la personne adhérente devra retourner à l'Assureur le présent formulaire dûment rempli et signé au cours des 31 premiers jours de son absence. Dans un tel cas, les primes seront payables à compter de la date du départ.

4 - SIGNATURE DU REPRÉSENTANT CHEZ L'EMPLOYEUR

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20 ____.

Signature

(_____)
No de téléphone

**La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document, elle désigne autant le féminin que le masculin.
Chaque employeur reproduit ce formulaire pour ses besoins.**